Lane Medical Library 1875

Einige Beobachtungen

über

Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät der Universität Greifswald

am 28. December 1875

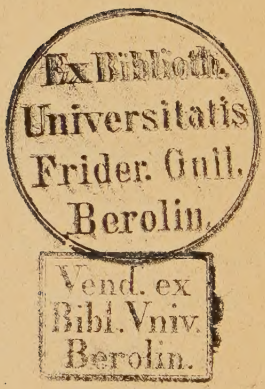
öffentlich vertheidigen wird

Richard Tillner,
prakt. Arzt,
aus Schlesien.

Opponenten:

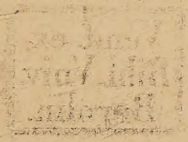
H. Beyer, Dr. med.
C. Nieke, Dr. med.
J. Schibalski, Dr. med.

Greifswald.
Druck der Universitäts-Buchdruckerei von F. W. Kunike.
1875.


Ex Bibliotheca
Universitatis
Frider. Guil.
Berolin.
Vend. ex
Bibl. Vniv.
Berolin.

Seinem

theuren Onkel



in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Die Wichtigkeit und Bedeutung, welche die Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane beanspruchen, liegt sowohl in den lokalen Processen, als auch den damit verbundenen Beziehungen zum Gesammtorganismus auf's tiefste begründet. Und um so mehr Interesse müssen diese Erkrankungen fordern, als ja so häufig nicht nur das Individuum allein es ist, welches betroffen wird, sondern auch seine innige Verknüpfung mit vielfachen andern Verhältnissen, wodurch eine bedeutende Differenz zwischen der eigentlichen Grösse des pathologischen Processes und der Tragweite der Erkrankung gezogen wird, dazu berechtigt. Es ist daher nicht zu verwundern, wenn grade auf diesem Gebiete die Literatur reich an Veröffentlichungen ist, da es ja auch gewissermassen Pflicht des Einzelnen ist, die das gewöhnliche Niveau übersteigenden Fälle der Oeffentlichkeit nicht zu entziehen. Es sei mir daher gestattet, drei interessante Fälle der Art aus der chirurchischen Klinik des Herrn Professors Dr. Hueter zu berichten.

I. Fall. Vereiterte Dermoid-cyste des rechten Ovarium's. Behandlung mit Drainage, Ausgang in Heilung.

Frau Wilhelmine R., 27 Jahr alt, aus Schwersow,

verheirathet, Mutter von drei Kindern, deren jüngstes $2^1/_2$ Jahr alt ist, will in den früheren Jahren immer gesund gewesen sein. Ihre Menstruation war immer normal, ebenso die Wochenbetten. Ein Vierteljahr nach ihrer letzten Entbindung erkrankte sie schwer, angeblich an Typhus. Sie litt vorwiegend an einer schmerzhaften Auftreibung des Leibes, musste das Bett hüten, fieberte, war jedoch stets bei voller Besinnung. Sie lag so von October bis Weihnachten 1873. Die Auftreibung und Schmerzen des Leibes wurden stärker, so dass die Leute glaubten, sie wäre wieder schwanger. Damit ging sie ein Jahr umher, ihre Arbeit besorgend, mitunter lag sie wieder ein paar Tage zu Bette. Endlich im October 1874 brach mit einem Male die Geschwulst in der rechten Bauchseite auf. Es entleerte sich eine kolossale Menge Eiter, Blut, öfters gingen auch Haare mit ab. Patientin stand später auf, obwohl die Eiter- resp. Jaucheentleerung fortdauerte. Am 30. August kam sie mit noch offener Wunde hierher. Bisweilen sollen sich mit der Jauche „sehnige, knorpelige Stückchen", Haare fast stets entleert haben, aber niemals Knochen. Seit $2^1/_2$ Jahren hat sie die Periode nicht mehr gehabt. —

Status praesens vom 30. Juli 1875. Patientin ist gut entwickelt, gross, von gesundem Aussehen, gutem panniculus adiposus, mässiger Musculatur. Aus der im Grunde einer eingezogenen Narbe sitzenden, von Granulationen umsäumten Fistelöffnung in der rechten reg. inguinal. entleert sich eine widerlich stinkende, hellgrüne Jauche. Der Leib zeigt schlaffe Bauchdecken

und schon beim Anblick eine beträchtliche Vorwölbung, welche vorwiegend die reg. umbilic. und hypogastr., die reg. iliac. dextr., sowie die reg. inguin. dextr. einnimmt. Seitlich von dem so von der Mitte nach rechts unten sich ausdehnenden Tumor fallen die Bauchdecken schlaff, ohne Spannung ab. Dieselben sind runzlig und zeigen massenhaft alte Schwangerschaftsnarben. —

Schon nach dem blossen Anblick konnte man sagen, das die Geschwulst nicht dem Gebärmutterkörper angehören würde. Die Palpation lässt einen derben, vorwiegend runden Körper von der Ausdehnung eines etwa im 5. Monat der Schwangerschaft stehenden Uterus erkennen. Die obere Grenze zieht schräg bogig an der rechten reg. umbilic. nach der linken reg. iliac., dort in starker Krümmung nach der etwa in der Mitte zwischen spin. oss. ilei ant. super. und der symphys. pub. etwas oberhalb des Ligam. Poupart., sitzenden Fistelöffnung zulaufend, der Anfang der oberen Begränzungslinie bildet mit der linken seitlichen einen scharfen Winkel, so dass dieser Theil des Tumors eine etwa zolllange, scharf ausgezogene Ecke darbietet, von welcher die rechtsseitige Begränzungslinie aus der rechten Hälfte der reg. umbilic. ziemlich steil nach abwärts, aber in Bogenform in die rechte Hälfte der reg. hypogastr. führt. Die Oberfläche des Tumors ist allseitig glatt, derb, anscheinend nur im Umkreise der Fistelöffnung mit den Bauchwandungen verwachsen. Der Tumor lässt sich seitlich sowohl, wie von der Tiefe nach Aussen ein wenig bewegen. Bei gleichzeitiger innerer Untersuchung fühlt man, dass die etwas wulstige Portio

vaginalis von den Bewegungen, welche man von Aussen dem Tumor giebt, unberührt bleibt. Sie lässt sich vielmehr mit dem Uterus ohne Schwierigkeiten nach hinten unter dem oberhalb des vorderen Scheidegewölbes ruhenden Tumor hinwegschieben. Im vorderen Scheidengewölbe ist der Tumor nach rechts hin durchzufühlen und lässt bei Gegendruck von Aussen Fluktuation erkennen. Die Fistel entleert spontan, mehr noch bei Druck auf die Bauchdecken jauchigen Eiter, oft in kolossalen Mengen. Gleichwohl ist die Patientin fieberlos, was wohl von den erschwerten Resorptionsbedingungen infolge der dicken Wandungen des Tumors herzuleiten ist. Da aber im Ganzen nur ungenügender Abfluss, nur sehr langsame Verkleinerung des Tumors, schliesslich hin und wieder Abends Fieber bei der Patientin beobachtet wurde, so wird in der Chloroformnarkose die Fistel erweitert, wobei eine kolossale Menge stinkenden Eiters entleert wird. Zugleich wurde bei dieser Gelegenheit eine genaue Digitalexploration des Binnenraumes der Geschwulst vorgenommen und dabei constatirt, das man es mit einer bis auf eine der Fistel nahegelegene Partie vollkommen glattwandigen Höhle, ausgekleidet mit livid aussehenden schlaffen, jauchigen Eiter producirenden Granulationen zu thun hatte, in welcher Zähne, oder Knochen, oder Haare nicht nachzuweisen waren. Es wird bestimmt festgestellt, dass der Uterus ausser palpablen Beziehungen zum Tumor steht. — Nachdem sogleich eine genügende Ausspülung mit Carbolsäure vorgenommen worden, wird ein Drainagerohr eingelegt und von da ab alle 3 Stunden die

Höhle mit Carbol- und später mit Salicysäure ausgespritzt, dabei durch eine einfache Hebevorrichtung sehr gründlich ausgespült, so dass das anfängliche Fieber nahezu schwand. — Später wurde ein zweites Drainagerohr in die Höhle eingelegt, um eine desto sicherere Desinfection derselben bewirken zu können. Unter dieser Behandlung verkleinerte sich die Höhle zusehends. Nach den am 15. September genommenen Maassen ist die grösste Breite des Tumors 18,5 Cm., von der linken spin. ant. sup. oss. il. steht der Tumor 8,5 Cm. ab und beginnt 3 Cm. oberhalb der Symphyse; die Höhe beträgt 12 Cm. — Anfangs October wurde in einen Abscess, welcher sich nahe der Linea alba gebildet hatte, nach Eröffnung ein Drainagerohr eingelegt und mit Carbolsäure desinficirt; nach mehreren Wochen war der Abscess verheilt. —

Am 12. December ergab eine erneute Messung folgende Verhältnisse: Die Höhe des Tumors ist 7 Cm., er beginnt 4 Cm. über der Symphyse. Die Entfernung von der linken spin. ant. sup. oss. il. bis zur Aussenseite des Tumors beträgt 13 Cm., die grösste Breite desselben ergiebt 8 Cm., die kleinste 6 Cm. —

Dass man es hier in dem Falle mit einer Dermoidcyste des rechten Ovarium's zu thun hatte, ist nach Allem ausser Zweifel. Es konnte wohl noch die Differentialdiagnose zwischen dieser und einer Extrauterinschwangerschaft in Betracht gezogen werden, wofür besonders das Ausbleiben der Regel einen Anhaltspunkt gab. Jedoch sprach der lange Verlauf der Erkrankung gegen diese Annahme. Durch den Aufbruch

des Tumors, wodurch sich Haare, sehnige und knorpelige Gebilde entleerten, war die Diagnose einer Dermoidgeschwulst vollständig gesichert. Denn grade die charakteristischen Kennzeichen der Dermoidcysten beruhen in einem derartigen Inhalt und berechtigen zu dieser Diagnose, wenngleich wir auch die noch wichtigeren Gebilde, als Knochen und Zähne, in dem vorliegenden Falle vermissen. Weniger häufige Neubildungen in diesen Dermoidcysten sind quergestreifte Muskelfasern, Hirn- und Nervensubstanz. Virchow, Gray, Chalice, Friedreich und Rokitansky[1]) haben Fälle der Art beschrieben. —

Was die Entstehung der Dermoidcysten des Eierstocks anlangt, so concurriren verschiedene Ansichten und Theorien über dieselbe. Die früher aufgeworfene Frage, ob nicht eine Einwirkung des männlichen Spermas auf die Entstehung dieser Cysten vorliege, weist Spencer Wells[2]) durch die Thatsache zurück, dass dieselben sich bei jungen Mädchen und selbst vor der Geburt in Lagen und Verhältnissen bilden, wo ein solcher Einfluss ganz unmöglich ist. Das Wesentlichste ist nach Flesch[3]) das Hervorgehen modificirter Gebilde auf demselben Gewebe, was jedoch nicht so auffällig ist, da die vorhandenen Zellen und Haare eben epithelialer Natur sind, und drüsige Gebilde sich auch sonst im Ovarium entwickeln. —

---

1) Spencer Wells. Die Krankheiten der Eierstöcke.

2) Ebendaselbst.

3) Virchow's Jahresbericht: VII. Jahrg. II. Band, III. Abheilung, Seite 631.

Wenn in unserem Falle die Dermoidcyste nur eine einfächerige ist, so sind jedoch auch mehrfächerige Cystenbildungen nicht zu grosse Seltenheiten. Letztere ergeben dann den verschiedenartigsten Inhalt, theils seröser, theils colloider Natur, theils in Haaren, Zähnen, Knochen, Knorpeln etc. bestehend. Flesch[4]) und Friedländer[5]) berichten über einige bemerkenswerthe Beispiele der Art, in denen auch schweissdrüsenartige Gebilde sich vorfanden. Einen ähnlichen Fall theilt auch Kreis[6]) mit, wo theils Cysten mit der gewöhnlichen colloiden Masse, theils solche mit sebumartiger Masse, Haaren, Talg- und Schweissdrüsen angefüllt waren.

Ueber die fernere Entwickelung und Ausgänge der Dermoidcysten des Eierstocks weiss man, dass sie häufig, nachdem sie eine gewisse Grösse erreicht haben, die freilich in vielen Fällen äusserst bedeutend zu sein pflegt, stationär bleiben, und dass sie nach einer gewissen Zeit oft spontan aufbrechen und ihren Inhalt theils in innere Organe, theils durch die Bauchwand nach Aussen entleeren, wonach bisweilen Genesung eintritt. Larrey[7]) erzählt einen interessanten Fall, wo sich der Inhalt der kolossalen Cyste durch die Bauchwand nach Aussen und durch eine Fistelöffnung in die Harnblase entleerte. In einem Fall von Mar-

4) Virchow's Jahresbericht: VII. Jahrg., II. Band, III. Abtheilung, Seite 631.

5) Ebendaselbst.

6) Ebendaselbst.

7) Spencer Wells: Die Krankheiten der Eierstöcke.

tens[8]) war der Durchbruch der Dermoidcyste unter der Geburt (mit exitus letalis) in die Fossa Douglasii erfolgt. —

Die verschiedensten Arten der Behandlung, die bei den Ovarialtumoren in Betracht kommen, können auch ihre Anwendung auf die Dermoidcysten finden. Abgesehen von blosser innerer, medikamentöser Behandlung, die hier des jeweiligen Inhalts der Cysten wegen am wenigsten von Erfolg sein würde, kann man den chirurgischen Weg mit der blossen Punction der Cyste oder mit der Incision derselben betreten, um nach Entleerung des Inhalts der Cyste geeigneten Falls eine Injektion einer adstringirenden Flüssigkeit folgen zu lassen, und kann fortschreiten bis zu der von Mac Dovell zuerst ausgeführten Radikaloperation der Ovariotomie, als deren Heros Spencer Wells mit der enormen Zahl von 500 Ovariotomieen, die er bis Ende 1874 vorgenommen, dasteht. Der öftere spontane Aufbruch der Dermoidcysten giebt wohl auch schon eine geeignete Therapie an die Hand, die sich auf strengste und mehrmalige tägliche Desinfektion der Cyste beschränken kann, um so eine Obliteration zu bewirken. Martin[9]) hat bei Verwachsung von Cystomen mit der Bauchwand, so, dass die Exstirpation unmöglich war, durch Einlegen von jedesmal zwei elastischen Kathetern und Ausspülen mit desinficirender Flüssigkeit die Schrumpfung des

8) Virchow's Jahresbericht: VII. Jahrg. II. Band, III Abtheilung. Seite 633.

9) Virchow's Jahresbericht IX. Jahrg. II. Band, III. Abtheilung S. 748.

Sackes einzuleiten gesucht. In zwei näher mitgetheilten Fällen ist ihm dies mit Ausgang in definitive Heilung gelungen, im dritten erfolgte der Tod in der dritten Woche.

In dem vorliegenden Krankheitsfalle ist ebenfalls der Beweis geliefert, dass durch die instituirte Behandlung eine Heilung ermöglicht werden kann, da die angestellten Messungen eine bedeutende Verkleinerung des Tumors zur Evidenz ergeben haben und die definitive Heilung bei der Entlassung nahe bevorzustehen schien. - Patientin ist am 18. d. M. aus der Klinik entlassen worden, mit der Weisung, für sorgfältige und gehörige Desinfektion der Höhle zu sorgen.

II. Fall. Blasenscheiden-Uterusfistel. Operirt durch Vereinigung der hinteren Muttermundslippe mit dem vorderen Fistelrand.

Patientin N., 34 Jahre alt, unverheirathet, will in ihren früheren Jahren stets gesund gewesen sein. Im 19. Jahre wurde sie zum erstenmale menstruirt, seitdem ist die Menstruation in regelmässigen Zeiträumen wiedergekehrt. Vor 8 Jahren war sie nach einer regelrechten Schwangerschaft von einem Kinde entbunden worden. Die Geburt des sehr kräftigen Knaben ging äusserst schwer vor sich, obwohl sie nach der Angabe der Patientin nur 3 Stunden gedauert haben soll; das Kind war mit der Zange extrahirt worden. Patientin hatte ein schweres Wochenbett durchzumachen, in dem sie an einem heftigen Puerperalfieber darnieder lag. Gleich in den ersten Tagen des Wochenbetts merkte Patientin, dass sie den Urin nicht halten könne,

dass derselbe ihr unwillkürlich aus der Scheide abfloss. Die Beschwerden, die ihr im Laufe der Zeit dadurch verursacht wurden, bewogen sie, sich vor mehreren Jahren in die hiesige chirurgische Klinik aufnehmen zu lassen.

Der damalige Status praesens war kurz folgender: Das vordere Scheidengewölbe und die hintere Blasenwand communicirten in der Gegend der vorderen, durch Narbung geschrumpften Muttermundslippe durch eine ca. 3 Cm. lange, von rechts nach links gehende Fistel, welche sich bis in den Cervikalkanal erstreckte und aus der der Urin seinen Weg durch die Scheide nimmt. Patientin wurde nun von Herrn Professor Hueter folgendermassen operirt: Der vordere Rand der Fistelöffnung sowie der Rand der hinteren Muttermundslippe wurden angefrischt und mit einander vernäht. Auf diese Weise konnte eine leichtere Heilung der Fistel erzielt werden, da eine beträchtliche Spannung der beiden Wundränder durch die nun vorgenommene Hineinziehung der sehr nachgiebigen Muttermundslippe, in den Heilungsprocess aufgehoben war. Unter Beobachtung der sorgfältigsten Reinigung der Scheide und Desinfektion ging die Heilung ziemlich rasch vorwärts und nachdem Patientin mehrere Monate in der Klinik zugebracht, kehrte sie in ihre Heimath zurück. Nach fünf monatlichem Verweilen zu Haus kam Patientin aufs Neue hierher und liess sich am 17. Decbr. 1874 hier aufnehmen. Die Fistel war fast in demselben Zustande wie vor der Operation. Patientin fieberte, indem die Temperatur zwischen 37,2 und 39,0 wechselte.

Es wurden nun mehrere Correktionen der Fistel vorgenommen, welche von günstigem Heilerfolg begleitet waren, indem sich wenigstens die restirende Fistel unter jeder Correktion (Anfrischung und Naht) etwas verkleinerte. Das Fieber, welches Patientin vorher hatte, verschwand, und nur selten kamen Temperaturen von 38 vor.

Der Status praesens am 12. Decbr. 1875 ist folgender:

Patientin N. ist von mittelgrosser Figur, ziemlich kräftigem Körperbau und gesundem Aussehen. Die Inspection des Unterleibes lässt alte Schwangerschaftsnarben erkennen, Auftreibung des Unterleibes ist nicht vorhanden. Aeussere Geschlechtstheile zeigen nichts Abnormes. Die Scheide ist glatt, mässig weit, ca. $1^1/_2$ Zoll lang und lässt keinen Zugang zu der Gebärmutter erkennen. Am Ende der Scheide und zwar rechts von der Medianlinie bemerkt man in der Verlängerung einer etwas über 2 Centim. langen, queren, weisslichen Narbe ein etwa 20 Pfennigstück grosses Grübchen, aus dem jedoch eine Urinentleerung nicht stattfindet. Bei der Digitaluntersuchung vermag die Spitze des Zeigefingers in das Grübchen einzudringen und man fühlt im Grunde desselben einen kleinen Körper, welcher durch einen Theil der vorderen Muttermundslippe gebildet wird. — Der Katheter entleert aus der Blase klaren Urin; ein Katarrh der Blase ist also nicht vorhanden. Die Urinentleerung geht sonst willkührlich durch die Urethra vor sich, obgleich sich nicht mit Sicherheit unterscheiden lässt, ob nicht doch noch in der Tiefe des erwähnten

Grübchens eine unvollkommene Communikation der Scheide mit der Blase besteht. Die Defäkation ist normal, das Allgemeinbefinden der Patientin ist überhaupt ein befriedigendes und hat dieselbe schon seit mehreren Wochen das Bett verlassen dürfen. —

Wenngleich das Krankheitsbild der Blasenscheidenfistel kein besonders seltenes ist, so interessirt doch dieser Fall infolge seines Operationsverfahrens und des hartnäckigen, langen Heilungsverlaufes. Es ist ja eine unleugbare Thatsache, dass gerade instrumentelle Entbindungen so häufig zu Blasenscheidenfisteln führen, und diese Erscheinung liegt in der Natur der Sache, in der durch mannigfache Umstände erschwerten Geburt, wodurch schon an und für sich ein schädigender Einfluss auf die weichen Geburtswege ausgeübt wird, begründet. Es ist dies ein Faktor, mit dem bei der Beurtheilung dieser instrumentellen Verletzungen wohl zu rechnen ist. Auch in unserem Falle ist die Zange jedenfalls der schuldige Theil an der Blasenscheidenfistel; denn immerhin selten wird man ein Präparat einer Blasenscheidenfistel, wie es Wernich[10]) besitzt, aufweisen können, wo der herabtretende Kopf den Durchbruch veranlasst hat. Wenn nun eine Fistel von derartiger Ausdehnung, wie hier, durch eine einzige Operation sofort geheilt wird, so ist dies sicher ein eminent günstiger Heilerfolg, und selbst Simon an der Hand von hunderten von operirten Blasenscheidenfisteln wird nicht zuviel derartige Erfolge zu verzeichnen

10) Virchow's Jahresbericht: IX. Jahrg. II. Band, III. Abtheilung, Seite 777.

haben. Sköldberg[11]) berichtet über 2 kleine Fisteln im oberen Theil der Vagina, von denen die eine durch eine einzige, die andere erst durch mehrere Operationen geheilt wurde. Das Resultat der letzt ausgeführten Operationen an unserer Kranken ist jedenfalls ein günstiges und dauerndes. Kaltenbach[12]) führt mehrere, unserem Krankheitsfalle ganz analoge Fälle an, die ebenfalls durch Vernähung der hinteren Muttermundslippe mit dem vorderen Fistelrande geheilt wurden. Der einzige Uebelstand, der durch diese Art der Operation, welcher beinah das ultimum refugium zur Heilung vorstellt, acquirirt wird, ist die Verschliessung der Gebärmutter von der Scheide aus und infolge dessen dauernde Sterilität. Das Menstrualblut muss seinen Weg durch die Blase und Urethra nehmen, und dass dieser Weg nicht so schwierig ist, zeigt ein Fall von Occhini[13]), dem übrigens noch viele andere in der Literatur zur Seite stehen. Ueber derartige Fälle von Blasenscheidenfisteln, die eine Obliteration der Scheide nöthig machten, berichtet Ulrich[14]) der unter zum Theil sehr complicirten Operationen von Blasenscheidenfisteln 3 quere Obliterationen der Scheide zum Zwecke der Heilung hat ausführen müssen. —

11) Virchow's Jahresbericht: VII. Jahrg. II. Band, III. Abtheilung, Seite 660.

12) Virchow's Jahresbericht: IV. Jahrg. II. Band, III. Abtheilung, Seite 588.

13) Virchow's Jahresbericht: VI Jahrg. II. Band, III. Abtheilung. Seite 563,

14) Virchow's Jahresbericht für d. J. 1866, II. Band, III. Abtheilung, Seite 557.

III. Fall. Totale Atresia vaginae mit consekutiver Hämatometra. Operation und Heilung mit Urethro-Vaginalfistel.

Patientin B., 33 Jahr alt, will früher nie an einer Krankheit gelitten haben. Ihre Regel war seit ihrem Beginn im 20. Jahre immer normal und ohne Störung abgelaufen. Am 30. October 1872 verheirathete sie sich. Am 13. März d. Js. wurde sie von ihrem ersten Kinde entbunden. Die Geburt war eine äusserst schwere, sie dauerte 2 Nächte und 1 Tag und förderte ein todtes, bereits mit den Merkmalen der Verwesung versehenes Kind zur Welt. Ein Arzt war erst sehr spät zu der Kreissenden gerufen worden, bei seinem Erscheinen war die Geburt bereits vollendet. Das Wochenbett war vom heftigsten Puerperalfieber gefolgt, welches nach einem derartigen Geburtsverlauf eine unausbleibliche Erscheinung bilden musste. Schon nach 14 Tagen machte Patientin die Wahrnehmung, dass die Scheide nicht mehr durchgängig war und sich Verwachsungen der Wände derselben gebildet hatten.

Patientin war von da an stets krank und zwar klagte sie über heftiges Schneiden im Unterleibe, das besonders zur Zeit der Menses sich bedeutend steigerte, über Schmerzen und Beschwerden beim Urinlassen, sowie beim Stuhlgange. Nachdem sie 8 Wochen zu Bett gelegen und vergeblich von mehreren Aerzten mit inneren Mitteln, die ihr nur ab und zu etwas Erleichterung schafften, behandelt worden war, verliess Patientin das Bett und verrichtete ihre Geschäfte, wie früher. Als jedoch eine starke Zunahme ihrer Unter-

leibsschmerzen, die sich manchmal bis zu Krämpfen steigerten, sowie ihrer übrigen Beschwerden eintrat, so dass sie an ihrer Arbeit gehindert wurde und sich furchtbar elend fühlte, liess sie sich am 4. Juli d. Js. in die hiesige chirurgische Klinik aufnehmen. Eine Geschwulst will Patientin nie wahrgenommen haben. Ihre Regel hat sie seit ihrer Entbindung nicht mehr gehabt. —

Der Status praesens am 4. Juli ergab Atresie der Vagina, bis an die Labia minora sich erstreckend, infolge jener puerperalen Processe im Wochenbett. Es liess sich mit Gewissheit annehmen, dass das nächste Resultat dieser Atresie eine Zurückhaltung des menstrualen Blutes in der Gebärmutter war, dass also darin wieder die Beschwerden der Patientin begründet lagen. Die Feststellung eines Tumors von rundlicher Gestalt bis zum Nabel reichend und durch die Bauchdecken deutlich fühlbar, gab dieser Diagnose noch mehr Anhalt. Es wurde daher wenige Zeit nach der Aufnahme von Herrn Prof. Hueter die Operation der Atresie und der consekutiven Hämatometra vorgenommen. Mit grösster Sorgfalt wurden die Verwachsungen auf der ganzen Länge der Vagina bis zum Cervix uteri allmählig getrennt und, sobald die letzten Hindernisse auf dem Wege zur Gebärmutter hinweggeräumt waren, entleerte sich eine Menge dunkelschwarzes, theerartiges Blut aus dem Uterus. Obgleich die Durchtrennung der Verwachsungen mit der grössten Vorsicht und Schonung vorgenommen wurde, geschah es doch gegen Ende der Operation, dass die Urethra am An-

fange des letzten Drittels einriss und eine kleine, kaum 1 Cm. lange Oeffnung entstand. Dass ein derartiges Evénement immerhin eintreten konnte, kann nicht Wunder nehmen, da der nur von der vorderen Wand der Vagina gebildete und daher an und für sich nicht sehr feste Boden der Urethra unter dem Einflusse der puerperalen Processe gelitten und auch an den vielfachen, mehr weniger leicht zerreisslichen Verwachsungen der Vagina participirt hat. Die entstandene Urethro-Vaginalfistel wurde mit 3 Nähten geschlossen und sowohl während, als auch nach der ganzen Operation eine ausgiebige Desinfektion mit Carbolsäure vorgenommen. Während Patientin bei ihrer Aufnahme ein Fieber von 38° bis 39° hatte, verschwand dasselbe nach der Operation und unter häufiger Irrigation mit Salicylsäure und innerlicher Darreichung derselben fanden derartige Temperatursteigerungen nicht mehr statt. Patientin blieb fieberlos und erholte sich sichtlich. Schon bald nach der Operation waren die Schmerzen im Unterleibe verschwunden, die Harn- und Defäkationsbeschwerden gehoben. Alleinigen Gegenstand der Behandlung bildete eigentlich nur noch die während der Operation entstandene und gleich vernähte Urethro-Vaginalfistel. Nach 5 Wochen ungefähr, nachdem die Suturen an der vorderen Vaginalwand längst entfernt worden waren und bis dahin eine vollständige Continenz des Urins stattgefunden hatte, wurde durch die Narbenretraktion in den Wandflächen der Vagina ein solcher Zug an der Vereinigungslinie der Urethralverletzung ausgeübt, dass dieselbe allmählig sich trennte

und eine Fistel sich bildete. Der Status praesens am 12. Decbr. war folgender: Patientin ist schwächlich gebaut, zeigt aber ziemlich befriedigende Gesundheitsverhältnisse. Der Appetit ist gut, der Stuhlgang geht regelmässig von statten, die Geschwulst im Abdomen ist vollständig geschwunden, das Hypogastrium schmerzfrei. Den Urin kann Patientin nicht halten, er geht unwillkürlich durch die Scheide ab. Die Inspection der etwas engen Vagina lässt am Boden des letzten Drittels der Urethra eine kleine, mit evertirter Urethralschleimhaut umsäumte Fistelöffnung wahrnehmen, die für die Spitze eines in die Urethra eingeführten Katheters durchgängig ist. Der mit dem Katheter entleerte Harn zeigt keine abnormen Beimengungen.

Es wird in die Vagina ein dickes Drainagerohr eingeführt, um das Vaginalrohr, welches immer noch Neigung zur sekundären Narbenschrumpfung zeigt, jedoch schon in der vorderen Hälfte den Finger zulässt, in Dilatation zu erhalten. Ferner wird für eine genügende Desinfektion mittelst Carbolsäurelösung gesorgt. Die Fistel soll demnächst durch Anfrischung und Nath geschlossen werden.

Wir haben in unserem Falle das Krankheitsbild der Hämatometra vor uns, eine Erkrankung, der wir beim weiblichen Individuum nicht allzuselten begegnen. Jedoch sind die Ursachen, auf deren Basis sich der Krankheitsprocess der Hämatometra construirt, mannigfacher Art. Sehr häufig finden wir Bildungsfehler der Geschlechtsorgane, die sich entweder auf den Uterus oder die Vagina oder auf beide zugleich erstrecken können.

Zahlreiche Fälle davon sind in der Literatur aufgezeichnet. Bugge,[15]) Hope,[16]) Tourneret,[17]) Schönberg,[18]) Vans Best,[19]) Voss,[20]) führen uns Beispiele vor, wo ein imperforirtes Hymen Veranlassung zu einer Hämatometra war. Noch häufiger findet man den Grund in Bildungsfehlern der Vagina und des Uterus selbst und Fälle hiervon sind beschrieben von Graily Hewitt,[21]) Breisky,[22]) Routh,[23]) Steiner,[24]) Evans,[25]) Freund.[26])

Von grösserem Interesse sind bei dem vorliegenden Krankheitsfalle, der durch Atresie der Vagina bedingt war und der durch die Operation in Heilung übergeführt wurde, die Beispiele aus der Literatur, wo ähnliche Erfolge erzielt worden unter denselben veranlassenden Ursachen. Müller[27]) berichtet über einen

15) Virchow's Jahresbericht: V. Jahrg. II. Band. III. Abthlg. S. 515.
16) - - IX. - - - S. 769.
17) Ebendaselbst S. 769.
18) - S. 771.
19) - S 775.
20) - S. 777.
21) Virchow's Jahresbericht: III. Jahrg. II. Band, III. Abthlg. S. 600.
22) - - VI. - - - S. 558.
23) Ebendaselbst S. 559.
24) Virchow's Jahresbericht: III. Jahrg. II. Band, III. Abthlg. S. 559.
25) - - IV. - - - S. 583.
26) - - VII. - - - S. 655.
27) - - III. - - - S. 605.

Fall, wo nach einer schweren Entbindung Atresie des oberen Theils der Scheide und der Cervikalhöhle mit folgender Hämatometra eingetreten war, der durch Operation geheilt wurde. Piston,[28]) Weber,[29]) Craddock,[30]) Eggel[31]) beschreiben interessante Fälle von Hämatometra, die durch erworbene Atresie der Scheide resp. des Cervikalkanals veranlasst und (ausser dem Fall von Weber, wo Pat. ohne Operation starb) durch geeignete Operation geheilt wurden. Ueber Hämatometra, die durch Atresie der Scheide entstanden, durch diphtheritische Geschwüre derselben nach Cholera, bedingt war und mit Ausgang in Heilung operirt wurde, berichtet Sönens.[32])

Natürlich ist die Lokalisation und die Ausdehnung der Atresie nicht in allen Fällen gleich, wenn auch jeder einzelne derselben im Stande sein kann, unter gegebenen Verhältnissen eine Hämatometra zu erzeugen. Henning[33]) hat eine Zusammenstellung von 300 Fällen von Atresie vorgenommen und einen Vergleich bezüglich der Häufigkeit der einzeln befallenen Stellen des Uterus und der Vagina gezogen.

Nicht nur die Beschwerden und Schmerzen, welche

28) Virchow's Jahresbericht: V. Jahrg. II. Band, III. Abthlg. S. 514.

29) Ebendaselbst.

30) Virchow's Jahresbericht: VII. Jahrg. II. Band, III. Abthlg. S. 655.

31) Ebendaselbst.

32) Virchow's Jahresbericht: VI. Jahrg. II. Band, III. Abthlg. S. 563.

33) Virchow's Jahresbericht für das Jahr 1866: II. Band. III. Abthlg. V. 546.

den Kranken durch Hämatometra erzeugt werden, fordern zu einer baldigen Operation auf, in noch höherem Grade sind es die Folgen derselben, die gradezu das Leben bedrohen und eine Indicatio vitalis für die Operation geben. Rose[34]) spricht sich in einer Arbeit über Hämatometra folgendermassen aus: „Die Beschwerden von Seiten der Hämatometra nehmen von Monat zu Monat zu. Mit der wachsenden Ausdehnung des Uterus sind natürlich Zerrungen des Bauchfells verbunden und dadurch Verlöthungen, Knickungen, kurz Verschluss der Tubenendungen fast unvermeidlich. Mit Zunahme des intrauterinen Druckes versiegt nun die Blutausscheidung auf der Uterusschleimhaut und die menstruale Peritonitis, die sich alle 3 bis 4 Wochen entwickelt, disponirt zu Gefässrupturen in den Tuben-Eierstöcken, so dass sich neben der Gebärmutter stets grosse Blutsäcke finden, die in diesen Organen entstanden sind.“ Weiterhin erklärt sich auch Rose über die Gefahren der Operation, indem er fortfährt: Die Gefahren, die bei der Operation der Hämatometra drohen, sind nun, abgesehn von den bekannten Verletzungen des Mastdarmes, der Blase und des Bauchfells wesentlich durch die Berstung dieser Blutsäcke bedingt. Diese Berstung tritt nach Entleerung des Uterus durch die Manipulationen nach der Operation, ja durch die Bewegungen der Kranken um so leichter ein, als nun die Säcke viel zugänglicher geworden sind.

In der ganzen einschlägigen Literatur lässt sich

34) Virchow's Jahresbericht: II. Jahrgang, II. Band, III. Abthlg. S. 618.

bei allen Todesfällen, die nach Operation der Hämatometra beobachtet sind, nachweisen, dass der Tod durch Berstung dieser Blutsäcke unter den Erscheinungen einer Perforations-Peritonitis eingetreten ist.“ Daher giebt Rose den Rath, so früh als möglich und mit aller Vorsicht zu operiren und führt einen günstigen, von Wilms operirten Fall der Art an; ausserdem beschreibt er in seiner Arbeit noch drei bezügliche Präparate.

Dass trotz aller Vorsicht doch Verletzungen anliegender Organe entstehen können, zeigt bei unserer Kranken die Urethro-Vaginalfistel, deren erneute Operation jedoch einen günstigen Heileffekt ausser Frage stellt.

Die Operation der Hämatometra wird sich je nach den Umständen zu richten haben, und die individuellen Verschiedenheiten, die einzelnen bedingenden Ursachen werden eine Auswahl resp. Complicirung der Operationsverfahren bestimmen.

Im Vorliegenden habe ich in Kürze die drei Krankheitsfälle beschrieben und einige Bemerkungen daran geknüpft, wobei ich bedauere, dass ich bei der Kürze der zur Ausarbeitung meiner Dissertation mir zu Gebote stehenden Zeit nicht auch die ältere Literatur berücksichtigen konnte und mich im Wesentlichen auf die Benutzung des Virchow-Hirsch'schen Jahresberichtes beschränken musste. Es bieten diese drei Beobachtungen genügende interessante Momente, um

sie anderen ähnlichen, mitgetheilten Fällen anreihen zu können.

Schliesslich sei es mir noch erlaubt, Herrn Professor Dr. Hueter, der die Güte hatte, mir eine Veröffentlichung dieser drei Krankheitsfälle zu gestatten, meinen wärmsten Dank hierbei auszusprechen.

Lebenslauf.

Paul Friedrich Richard Tillner, geb. am 27. August 1851 zu Gr. Glogau in Schlesien, Sohn des am 1. Februar 1861 zu Frankfurt a. O. verstorbenen Eisenbahn-Büreau-Assistenten Heinrich Tillner und der Maria Tillner, geb. Rüdiger, kathol. Confession, besuchte 8 Jahre das Königl. kathol. Gymnasium seiner Vaterstadt. Von dort zu Michaelis 1869 mit dem Zeugniss der Reife entlassen, begab er sich nach Greifswald, um Medicin zu studiren und wurde unter dem Rektorate des Geh. Med.-Raths Herrn Prof. Dr. Pernice immatrikulirt und unter dem Dekanat des Herrn Prof. Dr. Mosler in das Album der medizinischen Fakultät inscribirt. Im Winter 1872 bestand er das Tentamen physicum und im Sommer 1874 das Examen rigorosum. Am 15. Mai 1873 erhielt er den Preis für die Bearbeitung der medizinischen Preisaufgabe. Gegen Ende des Winters 1874 begann er die medizinischen Staatsprüfungen, die er am 14. Juli 1874 beendete. — Vom 1. October 1874 bis 1. April 1875 diente derselbe als Einjährig-Freiwilliger mit der Waffe beim 2. Bat. 4. Pos. Inf.-Regt. Nr. 59 in Freistadt, wurde von da als Einjährig-Freiwilliger Arzt zum Pos. Feld-Artill.-Regt. Nr. 20 nach Glogau versetzt und am 17. Juli 1875 zum Unterarzt des aktiven Dienststandes ernannt unter gleichzeitiger Versetzung zum 3. Bat. Westf. Füsil.-Regts. Nr. 37 nach Posen.

Während seiner Studienzeit nahm er an den Vorlesungen und praktischen Cursen folgender Herren Lehrer Theil:

Geh. Rath Prof. Dr. Budge: Die gesammte Anatomie, Anatomie der Sinnesorgane, Präparirübungen, Experimentalphysiologie, Physiologie der Sinnesorgane.

Prof. Dr. Landois: Osteologie und Syndesmologie, Vergleichende Anatomie und Osteologie, Entwickelungsgeschichte und Zeugungslehre.

Prof. Dr. Sommer: Lage der Eingeweide.

Prof. Dr. v. Feilitzsch: Experimentalphysik, Wärmelehre, mathematische und physikalische Geographie.

Prof. Dr. Limpricht: Anorganische und organische Chemie, auserlesene Capitel der Chemie.

Prof. Dr. v. Noorden: Geschichte des 19. Jahrhunderts.

Prof. Dr. Roth: Praktischer Cursus der normalen Histologie.

Prof. Dr. Münter: Medizinisch-systematische Botanik, Allgemeine Botanik, Botanische Excursionen.

Dr. Bengelsdorff: Nahrungsmittellehre und physiologische Diätetik.

Prof. Dr. Laurer: Allgemeine Arzneimittellehre, Arzneiverordnungslehre, Toxikologie, Chirurgische Verbandlehre.

Prof. Dr. Grohe: Allgemeine Pathologie und Therapie, Ueber Geschwülste, Specielle pathologische Anatomie, Praktischer Cursus der pathologischen Anatomie und Physiologie.

Prof. Dr. Mosler: Specielle Pathologie und Therapie, Krankheiten des Kehlkopfs, Physikalische Diagnostik.

Prof. Dr. Hüter: Allgemeine Chirurgie, Chirurgische Krankheiten des Kopfes und Halses, Chirurgischer Operationscursus, Chirurgische Operationslehre, Operationen an den Knochen und Gelenken der Extremitäten, Gelenkkrankheiten.

Geh. Rath Prof. Dr. Pernice: Theorie der Geburtshülfe, Krankheiten des Uterus.

Prof. Dr. Schirmer: Augenheilkunde, Krankheiten der Augen-

muskeln, Lider und Thränenorgane, Augenoperationscursus, Ophthalmoskopische Uebungen, Refraktions- und Accommodationsstörungen der Augen.

Dr. Krabler: Physikalische Diagnostik.

Dr. Hänisch: Laryngoscopische Uebungen.

Prof. Dr. Vogt: Demonstrativer Cursus der chirurgischen Anatomie, Ueber Frakturen und Luxationen, Chirurgisch-propädeutische Uebungen.

Kreisphysikus Prof. Dr. Häckermann: Gerichtliche Medizin, Oeffentliche Gesundheitspflege und Medizinalpolizei.

Ausserdem prakticirte er:

In der medizinischen Klinik und Poliklinik unter Leitung des Herrn Prof. Dr. Mosler.

In der chirurgischen Klinik und Poliklinik unter Leitung des Herrn Prof. Dr. Hueter.

In der geburtshülflichen Klinik und Poliklinik unter Leitung des Herrn Geh. Raths Prof. Dr. Pernice.

In der Augenklinik unter Leitung des Herrn Prof. Dr. Schirmer.

Allen diesen hochverehrten Herren Lehrern stattet der Verfasser bei dieser Gelegenheit seinen aufrichtigsten Dank ab.

Thesen.

I.

Die allmählige Dilatation der Stricturen mittelst Bougie's ist jeder blutigen Operation vorzuziehen.

II.

Bei jeder beginnenden sympathischen Entzündung ist die sofortige Enucleation des schuldigen Auges indicirt.

III.

Die Behandlung der akuten Pneumonie bei älteren oder schwächlichen Personen muss eine im wesentlichen tonisirende resp. excitirende sein.